

586

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Juillet 1899, à 9 heures

PAR

Alfred VIANCIN

Né à Besançon, le 6 mai 1873

D'UNE FORME PEU CONNUE
DES
LÉSIONS TARDIVES

des Membres Phlébitiques

Périphlébite en plaque du D^r Thibierge

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. TEISSIER, professeur.

VAQUEZ et THIROLOIX, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

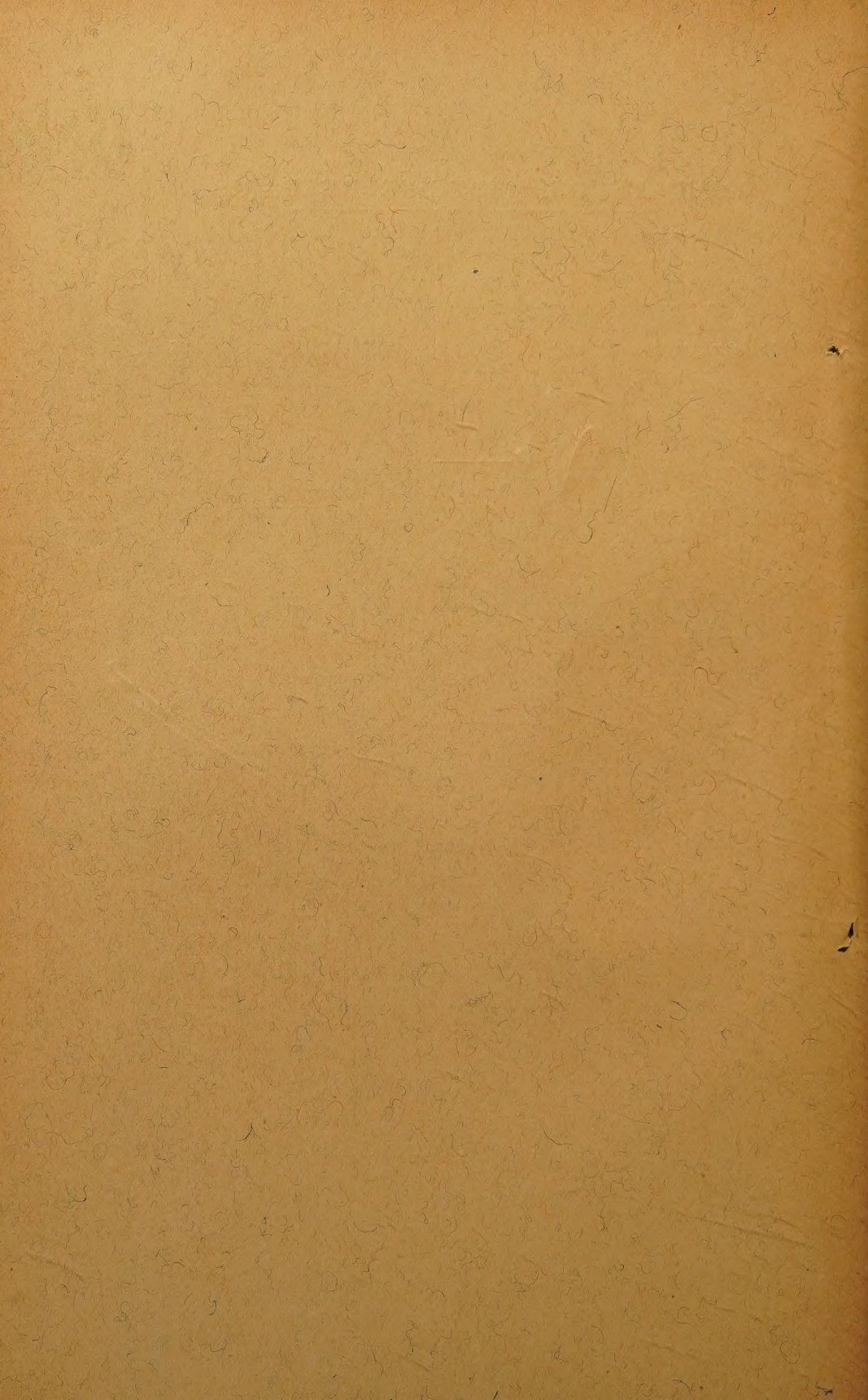
PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

586

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Juillet 1899, à 9 heures

PAR

Alfred VIANCIN

Né à Besançon, le 6 mai 1873

D'UNE FORME PEU CONNUE
DES
LESIONS TARDIVES
des Membres Phlébitiques

Périphlébite en plaque du D^r Thibierge

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. TEISSIER, professeur.

VAQUEZ et THIROLOIX, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

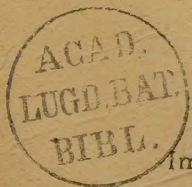
PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS :		MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale	}	JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
Maladies de enfants		GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux ..		RAYMOND
		BERGER
Clinique chirurgicale	}	DUPLAY
		LEDENTU
		TILLAUX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires ..		GUYON
Clinique d'accouchement	}	BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAND	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOY
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILLEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN

Médecin des hôpitaux

Membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

D'une forme peu connue des lésions tardives des membres phlébitiques

PÉRIPHLEBITE EN PLAQUES DU DOCTEUR THIBIERGE

INTRODUCTION

A propos d'un malade présenté le 16 octobre 1896 à la Société Médicale des Hôpitaux, M. le docteur G. Thibierge attira l'attention sur « une forme de lésions circonscrites, d'apparence scléreuse » survenant chez les sujets anciennement atteints de phlébite et consistant en « plaques d'infiltration dermo-hypodermique, accompagnées ou non de rougeur, rappelant par plusieurs caractères l'aspect des plaques de sclérodermie, mais en différant par des signes capitaux et liées à une altération de l'appareil veineux ». Il avait observé plusieurs cas et rapportait dans un mémoire intitulé : *Sur une forme de périphlébite en plaques pouvant simuler la sclérodermie*, quatre observations de ces lésions qui, par conséquent, ne paraissaient pas absolument rares, mais « dont il n'avait cependant trouvé la description dans aucun

des travaux, même les plus récents, sur la pathologie veineuse ».

Depuis, cette question n'a pas été reprise si ce n'est par M. Thibierge lui-même qui, depuis 1896 a présenté à ses élèves plusieurs exemples nouveaux de « périphlébite en plaques » et en a fait l'objet de quelques leçons du dimanche. M. le Dr Brocq a aussi reconnu quelquefois la lésion qui nous occupe.

Trois cas se trouvant réunis en même temps à la Pitié, l'un à la salle Cruveilhier, les deux autres à la consultation de dermatologie, M. le Dr Thibierge, chef du service, a bien voulu nous proposer de reprendre ce sujet dans notre thèse inaugurale. Nous le remercions d'avoir eu assez de confiance en nous pour nous livrer une étude qui est sienne, nous ferons notre possible pour tirer le meilleur parti des quelques documents que nous possédons. Nous ne nous dissimulons pas, toutefois, les difficultés d'un travail qui est à faire presque de toutes pièces, et dans lequel faute d'anatomie pathologique précise, les hypothèses tiennent forcément une large place ; aussi nous n'avons pas la prétention de traiter complètement la question, nous désirons seulement montrer, en étudiant d'un peu près quelques observations, que la forme particulière des complications des phlébites qui nous occupe se retrouve toujours avec des caractères assez nets pour avoir droit à une place à part. Nous croyons aussi faire œuvre utile au point de vue prati-

que en mettant en garde contre des erreurs de diagnostic qui peuvent être et ont été faites.

Nous ne croyons pas devoir conserver le titre de « Périphlébite en plaques pouvant simuler la sclérodémie » pour deux raisons : d'une part, tout en concluant après le D^r Thibierge à la périphlébite, nous n'osons pas être absolument affirmatif faute de la consécration des autopsies et des examens histologiques ; d'autre part, comme nous en rapportons des exemples dans ce travail, les lésions peuvent subir des modifications inflammatoires, être défigurées par des placards d'eczéma, par des pigmentations qui font disparaître les ressemblances avec la sclérodémie. Cette ressemblance, très nette dans quelques cas, n'est donc pas un caractère général de la périphlébite en plaques.

Nous ne pouvons mieux faire connaître de quoi il s'agit qu'en présentant d'abord les observations ; dans le même but, nous reproduisons *in extenso* les observations publiées par M. Thibierge, dont deux au moins sont typiques et donnent une idée exacte de la périphlébite en plaques.

Notre travail sera donc divisé de la façon suivante :

Observations.

CHAPITRE I^{er}. — *Symptomatologie; évolution, pronostic.*

CHAPITRE II. — *Etiologie.*

CHAPITRE III. — *Diagnostic.*

CHAPITRE IV. — *Anatomie pathologique.*

CHAPITRE V. — *Pathogénie.*

CHAPITRE VI. — *Traitement.*

CONCLUSIONS.

Au moment de terminer nos études officielles, nous sommes heureux d'avoir ici l'occasion de témoigner à tous ceux qui nous ont donné leurs leçons et leurs exemples, notre vive gratitude.

Nos anciens professeurs de l'Ecole de Besançon, MM. les docteurs Coutenot, Saillard, Gauderon, Bruchon, Chapoy, Heitz, Roland, Bolot se sont toujours beaucoup intéressés à nous, nous leur adressons tous nos remerciements.

M. le docteur Druhen, ancien directeur, a doublement droit à notre reconnaissance, pour son enseignement et pour les soins paternels qu'il nous a prodigués pendant une longue maladie.

Nous n'oublierons pas non plus nos maîtres de

Paris, MM. les docteurs Oulmont, Marie, Pinard qui nous ont toujours parfaitement accueilli.

Nous ne saurions trop remercier M. le docteur Thibierge de l'extrême bienveillance avec laquelle il nous a offert le sujet de cette thèse et nous a guidé dans notre travail.

Enfin, que M. le professeur Potain veuille bien agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.



OBSERVATIONS

Nous avons rangé ces observations de façon à rapprocher celles qui présentent le plus de similitudes : nous croyons ainsi mieux faire voir comment les différents types se rattachent l'un à l'autre.

OBSERVATION I

(M. Thibierge, Bulletins de Société médicale des hôpitaux
16 oct. 96. Obs. I).

Pil... (Joseph), âgé de quarante ans, cuisinier, se présente le 10 octobre 1896, à la consultation de dermatologie de la Pitié, pour une affection du tégument de la jambe gauche.

On constate à la partie inférieure et moyenne de la face interne de celle-ci une sorte de large dépression, comme si, à ce niveau, une partie de l'épaisseur du tégument avait été enlevée sur l'étendue de la paume de la main environ.

La plus grande partie de cette dépression est occupée par un placard de forme irrégulière, dépassant d'environ 1 centimètre la crête du tibia en avant, s'arrêtant en arrière

à peu près au niveau du bord interne du tendon d'Achille, commençant en bas à 8 centimètres au-dessus de l'interligne tibio-tarsien et limitée en haut et en bas par des bords irréguliers, obliques en bas et en arrière ; ce placard mesure 10 à 11 centimètres de hauteur, dans sa partie la plus haute, au niveau de la crête tibiale, et 6 à sa partie postérieure sur environ 7 de large.

À sa surface, la peau est lisse, brillante ; par places, on voit des plaques blanches, mesurant au maximum 5 à 6 millimètres de long, qui, au premier abord, semblent être des cicatrices, mais qui, en réalité, doivent cet aspect au contraste avec la coloration des parties adjacentes ; la plus grande partie du placard a une coloration rouge, due à la présence d'un très grand nombre de petites taches arrondies, mesurant $1/4$ de millimètre de diamètre au maximum, d'un rouge intense tirant un peu sur le bleu et se modifiant à peine par la pression ; ces taches sont assez également réparties sur la surface du placard ; en aucun point on ne voit de dilatations vasculaires sinueuses, ni rien qui rappelle le *lilac ring* des plaques de sclérodermie ; les poils sont conservés sur toute l'étendue du placard, même aux points d'apparence cicatricielle.

Ce placard, principalement à sa partie supérieure et interne, est entouré d'une zone rosée, de 2 à 3 centimètres de large, au niveau de laquelle le tégument est le siège d'une légère desquamation.

Dans toute l'étendue du placard rouge la consistance du tégument est ferme, assez analogue à celle du cuir ; néanmoins, par la pression forte et prolongée, on détermine la formation d'un godet peu profond, mais net. Au niveau de la zone rosée périphérique, la consistance est également ferme, mais à un moindre degré que sur la plaque rouge.

La palpation permet de constater que l'infiltration déborde de 1 centimètre environ le bord antérieur du tibia, et ne s'étend pas au-delà de la zone rosée.

Par contre, au niveau du mollet, l'infiltration dure dépasse légèrement le placard rouge et la zone rosée qui l'entoure, atteint la face externe du mollet dans sa partie inférieure et forme une plaque sous-cutanée, un peu moins dure qu'à la partie interne, à contours assez nets et irréguliers ; sur son bord supérieur, en arrière du tibia, elle présente un prolongement arrondi, qui déborde son contour de 1 centimètre, mais on ne constate pas de traînées allongées analogues aux cordons veineux de la phlébite oblitérante : la surface de cette infiltration est, dans la plus grande partie de son étendue, lisse et régulière, mais vers les bords elle devient irrégulière et présente des nodosités arrondies du volume d'un gros pois environ.

Au niveau de la plaque cutanée et de l'infiltration hypodermique, la pression réveille une douleur assez prononcée ; spontanément, les lésions ne sont pas douloureuses, sauf cependant à la fin de la journée (le malade a continué jusqu'ici son travail qui l'oblige à se tenir constamment debout).

Sur la face interne de la jambe, un peu au-dessous de sa partie moyenne, un noyau d'infiltration dure, allongé transversalement, mesurant 3 centimètres de long sur 1 de large, sans changement de coloration de la peau à son niveau.

Le membre inférieur droit est le siège de dilatations veineuses capillaires très nombreuses, occupant principalement les régions sous-malléolaires, la face externe de la jambe, la face interne de la cuisse au voisinage du condyle et la partie moyenne de sa face antéro-externe ; par places, on voit de gros cordons veineux sous-cutanés, un entre autres à la partie moyenne de la cuisse.

En aucun point, on ne sent de veines profondes variqueuses.

La cuisse gauche est beaucoup plus volumineuse que la droite, et doit son augmentation de volume à une adipeuse

sous-cutanée très considérable ; l'adipose existe aussi, mais à un bien moindre degré, à la jambe et au pied.

Pas de troubles de la croissance des poils, pas de troubles trophiques des ongles ; pas de différences sensibles dans la sécrétion sudorale au niveau des deux membres inférieurs.

Antécédents. — Cet homme qui est d'apparence vigoureuse et présente seulement le teint anémique plombé, si fréquent chez les cuisiniers, n'a fait d'autre maladie sérieuse qu'une fièvre typhoïde, à l'âge de vingt ans ; cette affection a été suivie d'une phlébite de la jambe gauche ; pendant quatre ou cinq mois, le gonflement du membre a été très considérable, puis il a diminué sans jamais disparaître complètement. Néanmoins, le malade n'en souffrait pas ; il voyait seulement la tuméfaction augmenter de temps à autre, à la suite de fatigues.

Il y a six ans, probablement à la suite d'un coup, est survenue à la partie moyenne de la crête du tibia une ulcération qui mesurait la largeur d'une pièce de 50 centimes et n'a jamais dépassé ces dimensions. Peu après, s'est développée à son voisinage, c'est-à-dire au niveau de la plaque scléreuse, une tache rouge, douloureuse et indurée, qui a persisté pendant un mois. Deux ans plus tard, nouvelle attaque analogue, mais moins intense, durant également un mois. Enfin, l'an dernier, nouvelle attaque. Ces attaques ont été moins intenses que l'attaque actuelle, et surtout l'induration du voisinage était moins étendue.

A aucun moment, il n'y a eu d'ulcérations correspondant au siège de la plaque actuelle, jamais non plus de lésions suintantes eczémateuses.

Il y a trois mois, les lésions que nous voyons actuellement ont débuté sous la forme d'une plaque rouge bleuâtre, située au niveau du tibia, qui s'est étendue progressivement.

Le malade est entré dans mon service le 12 octobre ; sous l'influence du repos absolu auquel il a été soumis, les

lésions du membre inférieur gauche se sont sensiblement modifiées.

Aujourd'hui 16 octobre, la peau est, dans toute l'étendue de la plaque rouge, le siège d'un léger soulèvement de l'épiderme, de sorte que la ressemblance avec la sclérodémie est moins prononcée qu'au moment de l'entrée.

La plaque est moins dure, se laisse plus facilement déprimer en godet ; mais surtout l'infiltration de l'hypodermé au voisinage de la plaque cutanée ne présente plus les mêmes caractères à la palpation, les nodosités que l'on y percevait il y a quatre jours sont plus nettes ; à la partie moyenne de la face interne du mollet, on sent nettement que plusieurs de ces nodosités sont disposées en chapelet, reliées entre elles par un cordon rectiligne dur, arrondi, atteignant presque le volume du petit doigt, nettement isolé du reste de la plaque ; ce cordon semble bien nettement être une veine enflammée.

Résumé. — Cette observation peut se résumer ainsi : un homme, atteint de phébite post-dothiénotérique, présente à longs intervalles et à plusieurs reprises, toujours au même point de la face interne de la jambe phlébitée, des poussées douloureuses et inflammatoires, survenant à la suite de fatigues et de stations verticales prolongées. Examinée au cours d'une de ces poussées, plus intense que les précédentes, la jambe est le siège d'un placard rouge, ayant quelque analogie extérieure avec une plaque de sclérodémie, et ayant d'ailleurs la consistance ferme des lésions sclérodermiques ; ce placard est entouré d'une zone d'infiltration, au niveau de laquelle on perçoit des nodosités ; sous l'influence du repos, l'œdème qui entre dans la constitution de la zone d'infiltration se résout, les nodosités deviennent plus apparentes, en même temps que se manifeste leur sériation le long d'une veine enflammée.

OBSERVATION II

(M. Thibierge, loc. cit. obs. II)

Une femme de trente ans, que j'ai traitée dans le service de mon maître M. Besnier, alors que j'avais l'honneur de le suppléer, présentait, plusieurs années après une *phlegmatia alba dolens*, suite de couches, une plaque scléreuse, de coloration blanche, légèrement déprimée, de forme un peu irrégulière, mesurant 6 à 8 c/m. de haut et occupant la face interne de la jambe droite; cette plaque s'était développée lentement, avec quelques douleurs; pas plus que dans le cas précédent (obs. I) elle n'avait les contours arrêtés et la bordure violacée des plaques de sclérodermie légitime; au bout de quelques semaines de repos, la plaque était devenue moins dure et la malade quittait l'hôpital.

OBSERVATION III

(Personnelle)

R... Pascaline, 23 ans, domestique.

Entre le 10 février 1899 dans le service du docteur Thibierge, salle Cruveilhier, lit 14, pour un érythème polymorphe.

En examinant cette malade, on constate en outre la lésion suivante :

Sur la face interne de la jambe droite, existe une large plaque déprimée s'étendant sur une hauteur de 10 c/m. environ à partir de trois travers de doigt au-dessus de la

malléole interne et sur une largeur maxima de 6 c/m. de la crête du tibia jusqu'au niveau du prolongement du tendon d'Achille. Cette plaque est limitée par des bords irréguliers mais très nets. A sa surface, la peau est lisse, comme vernissée, elle présente des teintes irrégulièrement entremêlées, variant du rose foncé au rouge lie de vin; cette coloration non modifiée par la pression semble due exclusivement à un dépôt de pigment, on ne voit pas de dilatations capillaires. La peau de la plaque forme quelques plis saillants ayant absolument l'aspect des rugosités des cicatrices vicieuses. C'est d'ailleurs la première pensée qu'on se trouve en présence d'une cicatrice d'ulcère variqueux.

Les poils sont conservés, sans modifications, sur toute l'étendue de la plaque.

En dehors de la plaque, la peau semble, à la simple inspection, reprendre sans transition ses caractères normaux.

La mensuration aux diverses hauteurs donne pour les deux jambes des dimensions égales.

A la palpation, au niveau de la plaque, la peau dure et lisse donne la sensation de carton glacé. Cette peau ne se laisse pas déprimer sensiblement, cependant, par une pression forte et prolongée, on obtient un godet peu marqué. La pression est douloureuse mais supportable. Sur toute la surface de la plaque, la peau adhère absolument aux plans sous-jacents et il est impossible de la déplacer.

En dehors de la plaque, il y a une zone d'infiltration dure, s'étendant surtout sur les parties latérales à deux ou trois centimètres en moyenne, très peu en bas, en haut très irrégulière et présentant des prolongements.

Cette infiltration semble assez profonde, on délimite mal le bord du tibia. A la partie postéro-externe du mollet on retrouve la mollesse normale des tissus. Dans toute la région indurée, la peau est peu dépressible, beaucoup plus toutefois qu'au niveau de la plaque et on obtient par une pression soutenue, un godet assez net. La douleur à la pression existe

dans toute la zone indurée, au moins aussi prononcée que sur la plaque elle-même.

En poursuivant les prolongements de la masse indurée aussi loin que possible dans les tissus sains, on sent, sur les limites de cette masse, des nodosités résistantes disséminées; en haut on les trouve disposées manifestement en séries linéaires verticales. Nulle part à cette jambe, pas plus du reste qu'à la cuisse ni à l'autre membre inférieur, on ne voit ni ne sent de varices.

L'aine ne présente pas de ganglions augmentés de volume. Les ongles du pied ne sont nullement altérés. La sensibilité à la piqûre au niveau de la plaque déprimée est un peu affaiblie et retardée; la sensibilité à la température un peu retardée mais non pervertie.

Antécédents. — La malade issue de père et mère bien portants, sans tare particulière, elle-même bien portante jusqu'à l'âge de 16 ans, a eu à ce moment une première grossesse. Dès les premiers mois de cette grossesse, dit la malade, elle a ressenti des douleurs vives dans les deux jambes, douleurs bientôt suivies d'un œdème considérable. L'accouchement s'est fait à terme, enfant bien portant.

Dans la semaine qui a suivi la *jambe gauche* a commencé à suppurer d'abord au niveau du genou puis au-dessus de la cuisse, vers le bord interne du triangle de Scarpa (il y a actuellement des cicatrices en ces points). La suppuration, constituée par des matières jaune-rougeâtre, a duré deux mois et c'est seulement à la fin du troisième mois que la malade a pu commencer à se lever. Ce membre gauche a cependant parfaitement guéri.

La *jambe droite* aussi enflée pendant la grossesse que la gauche n'a jamais suppuré; elle a diminué de volume assez rapidement après l'accouchement. Quant à la date d'apparition, sur cette jambe, de la plaque déprimée, la malade donne des renseignements peu nets et quelquefois contradictoires; il semble que cette plaque s'est développée assez

rapidement, quelques mois après la phlébite, quand la malade a repris des travaux pénibles.

En tous cas, R. Pascaline affirme que, depuis qu'elle existe, cette plaque n'a jamais disparu, que depuis longtemps elle conserve les mêmes dimensions et les mêmes caractères ; seu'e, la pigmentation serait de plus en plus prononcée. L'œdème dur de la périphérie, au contraire, a subi des variations marquées selon que la malade se fatiguait plus ou moins et plusieurs fois, après des périodes de travail exagéré, a exigé quelques jours de repos qui suffisaient à le réduire beaucoup, sans jamais, il est vrai, le faire disparaître complètement.

Nouvelle grossesse en 98 sans accidents, seulement la plaque infiltrée a été, surtout dans les derniers mois, plus étendue et plus douloureuse que d'habitude.

Accouchement à terme en août 98, enfant bien portant.

R. Pasc. se place comme nourrice. En décembre 98 ses deux jambes enflent légèrement et elle ressent des douleurs, qui augmentent peu à peu et l'obligent à entrer à Lariboisière, le 18 décembre. Elle reste à l'hôpital onze jours et sort améliorée par simple repos.

A son entrée à Lariboisière, l'induration autour de la plaque était, au dire de la malade, plus prononcée que jamais et la pression, même modérée, déterminait une douleur vive au niveau de la plaque et des tissus indurés. — Tout cela, sauf la plaque déprimée et une légère zone d'induration a disparu comme d'habitude par le repos.

En sortant de Lariboisière, R. Pasc. se replace comme domestique. La zone d'induration augmente peu à peu d'étendue et de consistance et la lésion redevient douloureuse spontanément et surtout à la pression. La malade était sur le point de prendre de nouveau du repos pour ce motif, quand elle a été atteinté, au commencement de février, de l'érythème qui l'a fait entrer à la Pitié. C'est alors qu'on a

constaté l'état précédemment décrit de la plaque et des tissus voisins.

La malade a été revue plusieurs fois depuis : après quelques jours de décubitus horizontal, jambe élevée, l'œdème dur a considérablement diminué mais non disparu complètement. Là où il existait, on sent maintenant des nodosités arrondies, bien nettes, semblables à celles qu'on avait déjà constatées sur les bords à l'entrée de la malade.

Lors de notre dernière visite, malgré le long séjour de la malade à l'hôpital, l'œdème dur dépasse encore de 1 cent. 1/2 en quelques points, surtout sur les côtés, les bords de la plaque déprimée ; d'après la malade, il est resté beaucoup plus considérable que les autres fois à la suite des périodes de repos. Il aurait donc des tendances à devenir chronique et à augmenter de plus en plus facilement sous l'influence de la fatigue.

OBSERVATION IV

(Thèse de Broca Aug. Paris 1886, observation II).

Plaques atrophiques de la peau des mollets. Varices.

Poth. Adèle, brocanteuse, 48 ans (consultation de la Pitié 1885).

Mère 78 ans, varices énormes, rien à peau, trois enfants, le dernier 26 ans. Un frère a des varices. Pas d'eczéma dans la famille, seule rhumatisante.

Varices depuis dernière couche. Douleur à épaule, crampes vives, démangeaisons dans le mollet, surtout la nuit, depuis longtemps. Pas de fourmillements, rien à ongles, poils, sueur. Depuis longtemps démangeaisons dans la tête (pellicules). Aux jambes, quelques démangeaisons au niveau

d'un petit groupe d'eczéma sec, un peu cuivré, classique (pièce de 50 centimes). Pas de démangeaisons ailleurs, pas au niveau des plaques actuelles, il n'y en a jamais eu.

Les jambes enflent le soir depuis longtemps. Varices manifestes des deux côtés. Quelques-unes serpentines à droite, surtout capillaires, maximum à droite.

Début en avril, non précédé par des crises de douleurs, simultanément aux deux jambes mais à droite presque stationnaire, à gauche marche assez rapide.

A droite. — Au-dessus du gras du mollet, en arrière et légèrement en dehors, on voit à la peau une tache violacée, lisse, ayant un centre un peu blanchâtre, d'aspect cicatriciel. Cette tache est légèrement déprimée et forme une sorte de coup de hache sous le mollet. A la palpation est indurée, mobile. L'induration dépasse les limites de la tache qui est environ comme une pièce de 1 franc, elle couvre une pièce de 2 francs et surtout se prolonge en haut en une sorte de queue. La peau redevient souple brusquement et non progressivement.

A gauche. — Même siège, mais plaque beaucoup plus grande, à peu près 0,05 de diamètre. En bas, pas d'induration dépassant la tache. En haut, sorte d'œdème dur, diffus, pas d'induration nette et limitée comme de l'autre côté ; plaque peu mobile. Couleur violacée ; quelques croûtes à la surface. Dépression plus accentuée. Desquamation épidermique formant tout autour une petite collerette. Rien sur le reste du corps, au dire de la malade. Habite un rez-de-chaussée humide.

OBSERVATION V

(M. Thibierge, loc. cit., obs. IV)

Berthe Fou..., âgée de 29 ans, se présente le 31 mars 1896 à la consultation de dermatologie de la Pitié.

Cette femme qui a eu trois enfants, a été atteinte, il y a 7 ans, à la suite de son premier accouchement, d'une phlébite du membre inférieur droit. Pendant les deux grossesses suivantes, elle n'a éprouvé aucun accident au niveau de ce membre. Mais depuis un an, elle ressent, surtout à la suite de fatigues et de la station verticale prolongée, un peu de douleur à la partie interne de la jambe droite ; depuis 4 à 5 mois (elle est enceinte de 5 mois et de plus elle est obligée de se tenir debout presque constamment), elle ressent en ce point des élancements fréquents et, depuis quatre mois, elle a vu s'y développer une plaque rouge et indurée.

Actuellement on constate, à la partie interne et inférieure de la jambe, un placard, un peu irrégulier, mesurant environ 12 centimètres de haut sur autant de large ; ce placard est le siège d'une rougeur diffuse ; sa surface est lisse, sa consistance ferme ; la palpation permet d'y constater des nodosités arrondies disséminées sur différents points de sa surface et sur ses bords ; ces nodosités sont de consistance plus ferme que le reste de la plaque. La jambe droite est le siège de varices prononcées.

La malade est revue le 15 octobre. Elle rapporte que, pendant les derniers mois de sa grossesse, le placard de la jambe est resté douloureux et rouge ; elle est accouchée le 16 juillet ; dans les jours qui ont suivi l'accouchement, les douleurs au niveau de la jambe sont devenues extrêmement violentes, puis se sont légèrement amendées ; néanmoins, elles ont été encore assez intenses jusqu'il y a cinq ou six semaines ; à cette époque, douleurs et rougeurs ont sensiblement diminué.

Aujourd'hui, 15 octobre, on constate, dans la région occupée précédemment par le placard rouge, une faible teinte rosée de la peau qui est le siège d'une légère desquamation et dont les plis sont un peu plus nets que sur les parties adjacentes ; en outre, une très légère infiltration de consistance mollasse et des nodosités hypodermiques, dures,

variant du volume d'un pois à celui d'une petite noisette, qui semblent disposées en trainées verticales. Au-dessus de ce placard, dans les régions non infiltrées, on constate également la présence de nombreuses nodosités très douloureuses ; il en existe même un certain nombre dans la moitié inférieure de la partie externe de la jambe.

Quelques varicosités capillaires violacées, au-dessus de la malléole interne. Veines dilatées, non saillantes, à la partie externe de la jambe et de la cuisse.

Sur le membre inférieur gauche, qui n'a jamais été atteint de phlébite, dilatations veineuses saillantes, un peu plus accusées qu'à droite. La malade éprouve, à la partie interne de la jambe gauche, depuis sa dernière grossesse et surtout depuis son accouchement, des douleurs qui sont surtout accusées à la pression. A ce niveau, on ne constate pas de nodosités, mais un peu d'œdème occupant toute la circonférence de la moitié inférieure de la jambe.

« Dans ce dernier cas, ajoute M. Thibierge, les lésions avaient un aspect un peu différent de ceux des malades précédents (obs. 1 et 2) : l'aspect de la grande plaque était plus nettement inflammatoire, moins sclérodermique ; il n'y a cependant pas à douter qu'il se soit agi de lésions de même ordre : comme dans les précédents, il s'agit d'une plaque dure, à contours nettement arrêtés, un peu irrégulière de forme, occupant la partie inférieure de la jambe, et ces lésions se sont développées, comme dans deux des observations précédentes, sur un membre antérieurement atteint de *phlegmatia alba dolens* ; la grossesse a joué un rôle dans le développement, la persistance et l'intensité des phénomènes inflammatoires et douloureux, et trois mois après l'accouchement, le plupart de ces phénomènes se sont amendés au point que les lésions sont méconnaissables ; elles ont cependant laissé un reliquat : à savoir des nodosités arrondies analogues à celles du malade de la première observation, mais ici, ces nodosités, n'étant pas plongées dans une

gangue inflammatoire et œdémateuse, sont plus nettes que dans les autres cas,

OBSERVATION VI

(Consultation de dermatologie de la Pitié. En partie personnelle)

Lan..., Fanny. 38 ans, concierge, se présente, le 4 juin 1898, pour une lésion de la jambe gauche. Envoyée de la consultation de médecine de la Pitié où elle est en traitement.

Renseignements de la malade. Antécédents — Cette femme, jusqu'à 33 ans, a été relativement bien portante, quoique délicate. Elle avait déjà, depuis longtemps avant sa phlébite, des faiblesses, des crampes et des fourmillements dans la jambe gauche.

Il y a 5 ans, grossesse gémellaire accidentée ; à 3 reprises et chaque fois pendant 2 à 3 jours, pertes de sang pour lesquelles elle a été tamponnée.

Accouchement à terme.

Tout le temps de la grossesse, dès le début, la jambe gauche a été douloureuse, puis bientôt enflée d'un œdème blanc avec grosses veines. Trois ou quatre jours après l'accouchement, il s'est déclaré une phlébite vraie de la jambe gauche, qui a retenu longtemps la malade au lit.

Cette phlébite a laissé un œdème périmaléolaire persistant et une lourdeur douloureuse de la jambe s'exagérant à la moindre fatigue.

La jambe droite n'a jamais été le siège de crampes, ni de fourmillements. Elle n'a été nullement atteinte pendant la grossesse. Elle ne présente actuellement que de très légères varices superficielles.

En octobre 1897, Lan... Fanny se heurte la jambe

gauche au niveau de la malléole interne. Il se forme à ce niveau une petite saillie douloureuse, sans solution de continuité de la peau et, depuis ce moment, l'œdème périmalléolaire augmente beaucoup. Cet état persistant indéfiniment, la malade va en mars à la consultation de médecine de la Pitié. Là on lui donne une « pommade grise » et, dès les premiers jours de l'application de cette pommade, affirme la malade, la peau commence à desquamer au tiers inférieur et interne de la jambe, mais à plusieurs centimètres au dessus de la saillie. Bientôt à la même place apparaissent des taches rouges punctiformes « comme des piqures d'épingle ».

La malade continuant à faire usage de la pommade, il se forme sur ces premières lésions des squames blanchâtres qui, enlevées, laissent voir une surface rouge.

Tel est l'état de la malade, quand elle est adressée le 4 juin à la consultation de dermatologie.

Le 4 juin 1898, on constate les lésions suivantes :

1° Au niveau de la malléole interne, une saillie peu étendue, comme le bout du doigt, rouge, douloureuse à la pression, dure.

2° Un œdème périmalléolaire assez prononcé.

3° Au dessus de la saillie, la peau paraît infiltrée, est rougeâtre et brillante, un peu saillante, sur une hauteur de 7 centimètres environ et sur une largeur de 4, à partir du bord antérieur du tibia, sur la face interne de la jambe.

4° A la partie supérieure de cette plaque infiltrée, on voit des taches rouges, punctiformes, correspondant aux follicules et ne disparaissant pas par la pression, et, au milieu d'elles, un placard de 4 centimètres environ de diamètre, formé par des squames blanchâtres, minces, d'apparence eczémateuse et recouvrant une surface rouge.

A la palpation on constate que, en dessous de toute cette surface rougeâtre qui s'étend au dessus de la saillie et un peu en dehors de cette surface sur les côtés, la peau et le

tissu sous-cutané sont durs. La peau ne peut être ni plissée, ni déplacée sur les parties sous-jacentes. La pression à ce niveau est douloureuse; elle ne détermine un très léger godet que si on la soutient assez longtemps.

En dehors de cette plaque indurée, la peau reprend sa souplesse normale presque sans transition sur les côtés, au niveau même de la coloration rougeâtre en avant, à 2 cm., en dehors de cette coloration en arrière. En haut, la limite des tissus indurés est beaucoup plus irrégulière, on trouve des prolongements durs jusqu'à une certaine hauteur dans le mollet.

En tissu sain, sur les côtés, on sent sous la peau des bosselures dures qui en certains points se disposent en rangées linéaires. En haut, deux prolongements de la plaque indurée sont en continuité avec des cordons moniliformes bien marqués, constitués par des nodosités analogues. Ces cordons ne se perdent qu'à la partie supérieure du mollet.

La malade a peu de douleur spontanée, plutôt une sorte de pesanteur. Le placard de squames est le siège de démangeaisons.

On supprime la pommade; on traite l'eczéma par oxyde de zinc; on ordonne le repos au lit, jambe élevée et une bande compressive.

La malade a été revue plusieurs fois depuis. L'eczéma a disparu rapidement laissant un placard pigmenté en rouge. La saillie produite par le traumatisme au niveau de la malléole interne a disparu peu à peu en plusieurs mois: on voit à sa place, une légère tache rosée.

La plaque d'infiltration dure a diminué beaucoup d'étendue en quelques semaines et s'est ramollie en grande partie, toutefois une certaine zone en arrière du tibia sur 3 à 4 cm. de hauteur et à peu près autant de largeur semble être définitivement indurée et adhérente. Les cordons durs et les nodosités ont persisté et sont d'autant mieux perçus que

l'induration des tissus qui les masquait a en partie disparu, en partie diminué de consistance.

D'ailleurs cette consistance et l'étendue de l'induration sont parfois augmentées quand la malade se présente après des périodes de fatigue.

Nous avons revu Lan... Fanny en mars 99, (elle a été présentée a cette époque par le Dr Thibierge à une leçon du dimanche).

La plaque indurée présentait une forme irrégulièrement ovulaire à grand axe dirigé obliquement d'arrière en avant et de bas en haut, d'un peu au dessous et en arrière de la malléole interne jusqu'au niveau de la crête du tibia à 6 cm. environ au dessus de l'articulation tibio-tarsienne.

On sentait bien, se détachant de cette plaque et se dirigeant vers le mollet, des cordons moniliformes indurés et tout autour, mais mieux en haut, des nodosités dures rapprochées.

Vers la partie supérieure, au niveau du tibia, on voyait un placard rougeâtre arrondi, de 4 cm. de diamètre environ, trace de l'ancien placard d'eczéma.

La douleur à la pression se faisait sentir sur toute la surface de la partie indurée et plus prononcée au niveau des cordons indurés jusqu'au milieu du mollet.

Il y avait un œdème périmalléolaire vulgaire, assez considérable, donnant des godets profonds à la pression.

La malade venait dans une période de fatigue.

Lors d'une nouvelle visite (12 mai) nous avons trouvé : œdème périmalléolaire presque nul ; plaque ayant même aspect extérieur que précédemment, mais à la palpation un peu moins étendue et moins indurée ; cordons durs bosselés en haut et nodosités à la périphérie de la plaque, très nets ; douleur à la pression nulle au niveau de la plaque, nulle au niveau des nodosités, conservée mais peu intense au niveau d'un des cordons moniliformes en arrière du tibia, en dehors de la plaque d'induration, sur une hauteur de 3 à

4 centim. La malade n'avait pas marché depuis plusieurs jours.

Nous avons recherché à plusieurs reprises la sensibilité à la piqure et à la température au niveau de la plaque indurée, elle ne paraît nullement modifiée. Les poils sont normaux. Nous n'avons jamais trouvé les ganglions de l'aîne engorgés ni douloureux. La sécrétion sudorale au niveau des deux jambes et de la plaque ne présente rien de particulier.

OBSERVATION VII

(Consultation de dermatologie de la Pitié)

Observation en partie personnelle

Teis... Clotilde, 30 ans, débitante de liqueurs.

Partie résumée de l'observation d'après les notes prises à la consultation et les renseignements de la malade. — La malade a eu, il y a dix ans, suite de couches, une phlegmatia alba des deux jambes avec prédominance à gauche. Elle s'était relativement bien rétablie, il survenait seulement un peu d'œdème périmalleolaire après les fatigues; il s'était aussi développé aux deux jambes des varices légères.

Il y a cinq ans, à la suite de stations debout prolongées et de marches, la jambe gauche, raconte la malade, a enflé à sa partie inférieure et interne, la peau est devenue rouge et dure, douloureuse à la pression. Puis il est survenu au-dessus de cet œdème localisé un bouton qui s'est transformé en petite plaie. L'œdème a beaucoup diminué après quelques jours de repos, tout en persistant autour de la plaie. Cette plaie au contraire, traitée en province par des applications de pommade, ne s'est refermée qu'après environ un an.

Depuis, état satisfaisant jusqu'au 2 mars 1898. La malade se présente alors à la consultation de dermatologie pour un placard de dermite eczémateux à la partie inférieure et interne de la jambe gauche (siège antérieur de l'œdème localisé et de l'ulcère) et pour quelques éléments de folliculite suppurée disséminés sur cette même jambe.

Elle revient plusieurs fois dans le courant de 1898, toujours pour son eczéma qui subit des alternatives de mieux et de plus mal. Cette jambe est aussi le siège d'un œdème assez considérable.

Jusqu'à ce moment, la jambe droite n'a présenté aucune lésion si ce n'est quelquefois un peu d'œdème périmalléolaire à la suite de fatigues.

Partie de l'observation ayant trait à la lésion qui nous occupe. — Le 4 janvier 1899, la malade qui n'a pas reparu depuis le 12 octobre 1898, vient montrer sa jambe gauche complètement débarrassée de son eczéma : il ne reste qu'un œdème dur assez prononcé, remonant jusqu'au milieu de la jambe et lui donnant un aspect éléphantiasique.

De plus la jambe droite présente à la partie inférieure et interne, au niveau du tibia, une plaque un peu saillante, à peau rose foncé, luisante, plaque s'étendant de la malléole interne, sur une hauteur de 8 cent. environ et sur une largeur presque égale, de la crête du tibia jusqu'au voisinage du tendon d'Achille. Dans son ensemble, ce placard est à peu près arrondi avec quelques angles rentrants.

A la palpation, on constate une induration des tissus débordant en tous sens la plaque rougeâtre. La limite de cette induration est bien marquée surtout en bas et sur les côtés où elle se trouve environ à 1 ou 2 cent. en dehors de la surface colorée, en haut moins bien limitée, irrégulière, avec quelques prolongements.

Sur les bords de cette plaque et surtout à la partie su-

périeure, au milieu des prolongements du tissu induré, on sent quelques nodosités arrondies, plus résistantes que le reste du tissu.

La plaque indurée est difficilement mobilisable sur les plans profonds. Dans toute l'étendue de l'induration mais surtout au niveau des nodosités, la pression détermine une douleur assez vive. Cette pression doit être soutenue autant que le malade peut le supporter, pour produire un godet sensible.

Au dire de la malade, le début de la plaque indurée remonte à plus d'un mois : à la suite de fatigues il est apparu une petite tache rouge, douloureuse à la pression et au niveau de laquelle la peau est devenue dure. La rougeur et l'induration ont augmenté peu à peu pour arriver à l'état actuel.

Il n'existe de douleur spontanée qu'à la suite de fatigue mais la marche est pénible, la malade boite.

Les ganglions de l'aîne présentent leur volume normal et ne sont pas douloureux. La température locale au niveau de la plaque indurée semble égale à la température générale. La sensibilité à la piqure et la sensibilité à la chaleur au niveau de la plaque ne sont ni diminuées, ni retardées, ni perverties. Les ongles des pieds sont normaux. Les deux jambes sont le siège de démangeaisons plus intenses la nuit. La sécrétion sudorale est normale.

Le 8 mars 99. La malade à qui on avait prescrit le repos, jambe élevée, et des applications de pommade à l'ichtyol n'était pas revenue depuis le 4 janvier.

Elle raconte qu'à ce moment, après quelques jours de repos, elle a pu reprendre son travail, l'induration de la plaque avait beaucoup diminué de consistance et n'existait plus que sur une petite étendue. La rougeur s'était atténuée.

Aujourd'hui Teis. Clotilde revient, présentant une plaque rougeâtre indurée, douloureuse spontanément et à la pression, avec nodosités à la périphérie, en un mot identique,

ayant même siège et mêmes caractères que celle du mois de janvier et survenue dans les mêmes circonstances : fatigues et station debout prolongée.

Les dimensions semblent toutefois un peu plus étendues.

On ordonne comme précédemment repos au lit jambe élevée et un bandage compressif.

La malade a été revue plusieurs fois depuis. Sa jambe n'est jamais dans un état bien satisfaisant : la plaque indurée persiste continuellement avec des alternatives de mieux et de plus mal suivant que la malade se repose ou non. Ce repos n'est d'ailleurs jamais que relatif, Tei... Clotilde étant obligée de se tenir presque continuellement debout à son comptoir. Elle se soigne très mal, fait quelquefois de longues marches, ne porte presque jamais son bandage qui, dit-elle, lui occasionne des démangeaisons.

Il y a un œdème vulgaire résistant des deux jambes, une sorte d'état éléphantiasique mais la plaque indurée de la jambe droite se perçoit et se limite toujours bien ; les nodosités à la périphérie sont plus ou moins perceptibles selon le degré d'infiltration des tissus.



CHAPITRE PREMIER

Symptomatologie, Évolution, Pronostic.

Les observations sont trop peu nombreuses et les malades ont été suivis trop peu de temps pour que nous songions à faire une description clinique complète. Nous nous contenterons, dans ce chapitre, en nous servant des renseignements dus à l'obligeance de M. Thibierge, de réunir quelques données qui semblent définitivement acquises.

Les choses se passent à peu près constamment de la même façon. Le sujet a eu autrefois une phlébite, souvent plusieurs années avant ; de cette phlébite, il a gardé quelques reliquats : presque toujours des varices consécutives, un peu de lourdeur dans le membre, de l'œdème périmalléolaire le soir.

A la suite d'une période de fatigues, de longues stations debout, d'un traumatisme, quelquefois pendant une grossesse, le membre devient sensible, est le siège de douleurs plus ou moins prononcées puis, après un temps variable, apparaît sur la face interne

du tiers inférieur de la jambe, une tache rose douloureuse à la pression.

Si le malade se repose alors, l'accident peut en rester là et tache et douleur disparaître après quelque temps.

Mais, le plus souvent, la douleur n'est pas assez prononcée pour que le malade pense à se soigner, il continue à se fatiguer et peu à peu la tache augmente d'étendue pendant que la peau de sa surface prend une consistance ferme.

Finalement, la tache se trouve transformée en une plaque indurée.

A leur période d'état les plaques semblables ont les caractères suivants :

Elles sont généralement uniques.

Leur siège, à la face interne du tiers inférieur de la jambe, sur le tibia, c'est-à-dire au lieu d'élection de l'ulcère variqueux, est constant.

Elles atteignent souvent des dimensions assez fortes de 8 à 15 cm.

Au début, elles sont au même niveau que les parties voisines ou un peu surélevées ; plus tard, on les trouve quelquefois déprimées, « comme si, à leur niveau, une partie de l'épaisseur de la peau avait été enlevée. » (Thibierge).

Leur surface est lisse, brillante. D'abord rosées, elles peuvent garder cette coloration ou devenir blanches au centre avec cercle rose ou rouge à la périphé-

rie, d'autres fois entièrement rouge : cette coloration est produite par des dilatations vasculaires punctiformes ; il y a parfois sur la plaque des parties colorées et des parties incolores, ce qui donne à l'ensemble un aspect cicatriciel.

« Les contours sont souvent mal déterminés ; la périphérie plus colorée que le reste de la plaque est souvent desquamante.

« Leur consistance est dure, semblable à celle du cuir ou du lard gelé ; elles se laissent cependant déprimer à la manière des œdèmes durs.

« Au-delà de leurs limites apparentes et dans une étendue plus ou moins considérable, l'hypoderme est le siège d'une infiltration dure, semblable à celle qui double la plaque elle-même. » (Thibierge). Cette infiltration dépassant les limites de la plaque cutanée est caractéristique.

Dans la zone périphérique, sur les limites des parties indurées, on sent des nodosités arrondies, de volume variable, parfois disposées en séries linéaires.

Les plaques sont douloureuses à la pression, plus rarement douloureuses spontanément et toujours très peu ; les nodosités sont plus sensibles que le reste de la plaque. La marche est pénible. Les glandes, les poils ne sont pas modifiés ordinairement.

Le membre conserve ses dimensions normales, à moins qu'il ne soit œdématié par suite d'autres lésions.

Les plaques une fois formées persistent pendant plus ou moins longtemps, ordinairement tant que dure la cause déterminante : station debout habituelle, grossesse. Lorsqu'au contraire le malade se décide au repos, la disparition de la lésion est la règle, du moins lors des premières attaques : la plaque diminue de consistance et d'étendue ; l'infiltration hypodermique est la première à se résoudre ; à sa place on sent des nodosités comme on en percevait à la périphérie pendant la période d'état et d'autant plus nettes que le ramollissement s'accroît. Le centre de la plaque finit à son tour par reprendre les caractères de la peau normale ; toutefois, dans les formes atrophiques, la dépression semble, au moins dans certains cas, définitive ou très lente à disparaître.

La résolution complète des plaques ordinaires exige toujours plusieurs semaines.

Longtemps après la disparition de toute trace d'induration, les nodosités sont encore douloureuses, elles persistent peut-être indéfiniment et constituent un foyer de nouvelles poussées de périphlébite.

La rechute est, en effet, fréquente ; à l'occasion de causes analogues à celles qui ont provoqué la première poussée, il se produit au même endroit une plaque identique.

Il semble que plus les poussées ont été nombreuses, plus elles réapparaissent facilement. Le désagrément de la poussée elle-même n'est pas le

seul inconvénient de ces répétitions : les tissus finissent par se lasser et la lésion tend à passer à l'état chronique ; le repos est beaucoup moins efficace et la moindre fatigue amène facilement l'état aigu.

L'infiltration gagne les tissus voisins, la plupart du temps mal nourris et mal innervés à cause des varices presque constantes, il se forme un œdème chronique qui peut finalement subir les modifications qui amènent les états éléphantiasiques (Obs. VII).

D'ailleurs, il n'est pas rare, dans les mêmes conditions, que l'ulcère ou plus souvent l'eczéma interviennent sur ces téguments si bien prédisposés. M. Thibierge a signalé souvent à ses élèves cette complication de la périphlébite en plaques. Les accidents vulgaires des membres phlébitiques et variqueux dus aux infections répétées prennent alors le dessus.

Tels sont les caractères et l'évolution des formes simples. On comprend que, à côté de ces cas types, il puisse s'en trouver d'autres dans lesquels, dès le début, la périphlébite en plaques est associée à des accidents phlébitiques ou variqueux, qui en modifient considérablement la marche et l'évolution.

On rencontre aussi quelquefois des plaques qui ont des caractères un peu particuliers ; c'est ainsi que dans l'observation IV de cette thèse, on a une plaque atrophique remarquable par sa coloration prononcée

due à un dépôt de pigments variant du rose au rouge foncé et au violet et de pigments brunâtres, par les rides qui parcourent la surface déprimée, par l'absence de modifications depuis plusieurs années. Nous pensons, en appliquant la théorie émise au chapitre de la pathogénie, que, dans ce cas, les caractères particuliers proviennent d'une altération plus profonde des filets nerveux. Un fait vient à l'appui de cette hypothèse, c'est l'existence, au niveau de la plaque de l'observation IV, de troubles de la sensibilité qu'on ne trouve pas ordinairement dans la périphlébite en plaques.



CHAPITRE II

Etiologie

La cause première est bien nette : dans toutes les observations, le membre atteint a été le siège d'une phlébite et l'examen, même superficiel, permet en général d'en retrouver des traces et d'établir des rapports entre les deux lésions.

Il est vrai que, presque toujours, le membre présente en même temps des varices et on pourrait se demander si ces varices ne seraient pas le point de départ des accidents : l'analogie des nodosités qu'on découvre au niveau des plaques lorsque l'infiltration se résout avec les nodosités disséminées de la périphlébite nodulaire, assez fréquente chez les variqueux, semble donner du poids à cette supposition.

Mais la périphlébite en plaques se rencontre presque exclusivement chez la femme, beaucoup plus souvent atteinte de phlébite sous forme de phlegmatia alba ; elle est, au contraire, exceptionnelle chez l'homme quoique celui-ci soit privilégié sous le rap-

port des varices et, par conséquent, bien souvent atteint des formes banales de périphlébite : périphlébite en cordons, périphlébite nodulaire à noyaux disséminés.

La cause déterminante est presque toujours « une fatigue excessive et surtout la station verticale prolongée, c'est-à-dire les conditions qui, le plus ordinairement, sont à l'origine de toutes les complications des varices et de tous les accidents tardifs de la phlegmatia alba dolens, les causes banales du réveil des phlébites » (Thibierge).

A cette cause se rattache l'influence des professions, de celles dans lesquelles la station debout est habituelle. C'est ainsi que les observations se rapportent à un cuisinier, trois dames de magasin, une concierge femme de chambre, une domestique.

Dans deux des observations, la lésion a débuté à la suite d'un traumatisme, il y aura peut-être lieu de tenir compte de cette cause déterminante dans les hypothèses de pathogénie.

La grossesse a une double importance étiologique : c'est elle qui amène le plus souvent la phlegmatia alba, grande cause de la lésion étudiée ; elle agit aussi directement par la stase veineuse qu'elle détermine, de la même façon que la station debout. Dans une observation de M. Thibierge, elle a nettement provoqué une poussée de périphlébite (Observation V).

L'âge ne semble pas avoir d'influence, la lésion pouvant débiter bien des années après la phlébite et se renouveler ensuite à des intervalles très variables.

En résumé les causes principales sont : atteinte antérieure de phlébite, station debout prolongée et traumatisme.



CHAPITRE III

Diagnostic

Nous en arrivons maintenant au chapitre le plus important au point de vue pratique, celui du diagnostic. L'exactitude du diagnostic permettra en effet d'instituer un traitement aussi efficace que simple et d'éviter au contraire des médications quelquefois dangereuses.

L'aspect de la lésion que nous étudions est variable : tantôt la plaque est déprimée, tantôt surélevée par rapport aux parties voisines, tantôt au même niveau qu'elles ; les phénomènes inflammatoires sont plus ou moins marqués ou manquent selon les cas et la période à laquelle on examine le membre ; on trouve parfois une surface incolore, d'autres fois brunnâtre, le plus souvent rouge, cette dernière teinte pouvant d'ailleurs tenir à un dépôt de pigments ou à des dilatations vasculaires ou consister à une simple rougeur inflammatoire. L'induration elle-même a des degrés. On comprend donc facilement qu'on rencon-

tre des similitudes avec des lésions bien diverses que nous allons passer en revue.

M. Thibierge a insisté tout particulièrement sur les analogies des plaques de périphlébite avec celles de *sclérodermie*. En effet, l'état scléreux de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, avec consistance de bord gelé, reste un des caractères les plus constants et celui qui frappe tout d'abord :

Nous n'entrerons pas ici dans les discussions encore irrésolues entre les auteurs : les uns, le plus petit nombre en France considèrent la morphée et la sclérodermie en plaques comme deux affections bien distinctes, ayant une évolution et des symptômes différents ; d'autres identifient morphée et sclérodermie en plaques, d'autres enfin voient dans la morphée une variété particulière dans le groupe des dermatoscléroses localisées.

Quoi qu'il en soit, les plaques de périphlébite peuvent ressembler aux divers types de sclérodermie en plaques à leur période d'état, c'est-à-dire à la période où le grand caractère est l'induration lardacée de la peau. Les formes dans lesquelles existent un amincissement de la peau (obs. I, II, III, IV), doivent être diagnostiquées de la variété atrophica de Duhring et des sclérodermies en plaque proprement dites décrites par le même auteur et par Vidal et Pautry. Les formes les plus communes où la peau de la plaque est au même niveau que celle des parties voisines ou

un peu surélevée ressemble aux variétés lardacea de E. Wilson, alba plana de Hilton Fagge et tuberosa c'est-à-dire aux variétés correspondant à la scléremie partielle d'Alibert, la keloïde vraie d'Addisson, la keloïde blanche de Bazin, la dermatosclérose en plaque ou sclérodermie lardacée de Besnier.

Mais ces ressemblances ne sont que superficielles et la confusion ne saurait subsister après un examen tant soit peu attentif. « Déjà à l'inspection on peut noter l'absence, à la périphérie des plaques, de cette bordure violacée connue sous la dénomination de *lilac ring* qui ne fait défaut dans la morphée qu'à la période de régression » (Thibierge) et qui se trouve presque toujours plus ou moins marquée dans les diverses variétés de dermatoscléroses localisées. Il est vrai que, dans plusieurs observations, on trouve notée une teinte rosée à la périphérie de la plaque, mais cette teinte n'est pas constituée par des dilatations capillaires comme celle du *lilac ring*. Il est vrai aussi que Behring et d'autres signalent l'absence de ce *lilac ring* dans les formes qui, pour eux représentent la sclérodermie en plaques proprement dite mais alors on a d'autres caractères qui suffisent au diagnostic.

« Vient-on à pratiquer la palpation au niveau et autour des plaques, on constate qu'elles se laissent déprimer comme les œdèmes durs tandis que les plaques de sclérodermie résistent à la pression énergique »,

« En outre, et ce caractère a plus de valeur, la base indurée sous-jacente à la plaque cutanée d'apparence sclérodermique se prolonge au delà des limites de cette dernière ; on sent à sa périphérie un placard induré, une infiltration de l'hypoderme parsemée de nodules arrondis, laquelle fait totalement défaut dans la sclérodermie légitime » (Thibierge). En dessous des plaques de sclérodermie, on peut trouver les tissus indurés à une certaine profondeur (Mery), l'os même peut être altéré (Lagrange) mais jamais cette induration des tissus ne dépasse les limites de la plaque cutanée ; « en dehors de cette plaque, la peau reprend immédiatement sa souplesse si bien que le bord de l'induration donne souvent au doigt la sensation d'une arête vive » (Besnier).

« Les plaques de sclérodermie sont remarquables par leur indolence tandis que nos malades accusaient une douleur assez vive, au moins sous l'influence de la pression » (Thibierge).

Les plaques de sclérodermie ne sont pas colorées ordinairement à la période d'état ; rarement et dans les cas anciens on trouve un réseau de capillaires très fins ; au contraire, au niveau des plaques de périphlébite on constate assez souvent des pigmentations diverses.

L'étendue de la plaque de périphlébite est aussi quelquefois un caractère important, il est exception-

nel que la morphée atteigne de semblables dimensions.

Le siège presque constant de la lésion que nous avons en vue n'est pas souvent celui des plaques de sclérodermie.

La présence des varices, l'existence antérieure d'une phlébite mettront d'ailleurs immédiatement les personnes prévenues sur la voie du diagnostic et le traitement confirmera ce diagnostic.

Nous ne voulons pas insister sur les troubles de sensibilité et de sécrétions, sur les altérations des poils qu'on trouve au niveau des plaques anciennes de sclérodermie et qui n'existent pas ordinairement au niveau des plaques de périphlébite. Ces troubles sont trop inconstants pour qu'on puisse en déduire des conclusions.

En résumé, l'existence d'une phlébite antérieure, l'infiltration des tissus sous-jacents en dehors de la plaque cutanée, la sensation de nodosités sur le bord de ces tissus infiltrés sont les grands éléments du diagnostic.

L'érythème induré des jeunes sujets scrofuleux (Bazin, Besnier, Feulard, C. Fox, Patterson, Abraham, Pringle) dont la nature tuberculeuse est aujourd'hui démontrée (1), rappelle parfois la périphlébite

(1) Thibierge et Ravant. Etude sur la lésion et la nature de l'érythème induré. *Annales de dermat.*, juin 1899.

Thibierge. *Sem. médic.*, 25 déc. 1895.

en plaques. Les taches siègent aux membres inférieurs, elles reposent sur une base indurée dépassant un peu la plaque érythémateuse.

Ces taches peuvent atteindre des dimensions assez grandes (5 à 12 c/m.); leur développement a comme cause déterminante la station debout prolongée, c'est une affection de jeunes filles obligées, par leur profession, de se tenir de longues heures debout. Tous ces caractères se retrouvent dans la périphlébite en plaques. La rougeur de l'érythème se voit également dans certains cas de périphlébite.

Mais, dans l'érythème de Bazin les varices ou une phlébite antérieure n'existent pas ou sont une simple coïncidence, on ne constate pas de nodosités indurées à la périphérie, les plaques sont multiples et ordinairement distribuées sur les deux membres inférieurs, sur des points très variables; elles sont peu douloureuses à la pression, elles sont l'apanage des sujets lymphatiques; leurs dimensions restent ordinairement inférieures à celles des plaques de périphlébite. Une erreur dans ce sens serait d'ailleurs peu préjudiciable au malade puisque l'indication dans un cas comme dans l'autre est la même : repos horizontal.

Le diagnostic avec l'érythème noueux est encore plus facile.

La ressemblance des plaques déprimées avec les dépressions de l'atrophie partielle idiopathique ne

peut jamais être que très peu prononcée et tout à fait superficielle, tous les autres caractères différent.

Plus souvent la plaque de périphlébite pourra être confondue avec des accidents syphilitiques, à cause de la diversité des formes de ces accidents. On a d'ailleurs une tendance à attribuer cette origine aux lésions dont l'étiologie est obscure.

La *périostite syphilitique* de la période secondaire est ordinairement accompagnée d'autres accidents de cette période, l'induration est peu marquée; les douleurs ostéocopes intenses et exagérées la nuit ne ressemblent guère à la gêne parfois provoquée par la périphlébite et cessant au lit; la zone inflammatoire dépasse rarement 1 à 2 c/m.

La *périostite gommeuse tertiaire* ne ressemble pas davantage à la périphlébite, les douleurs intenses de vrille, de poinçon, suffisent à la caractériser.

La *périostite simple* (périostite albumineuse de Poncet) ne prête guère à confusion.

La coloration rouge de la peau dans certains cas, la douleur provoquée par la pression pourraient parfois faire croire à une *lymphangite* d'autant plus qu'il y a parfois élévation locale de la température. L'abondance et le rapprochement des vaisseaux lymphatiques rendrait assez bien compte de la disposition en plaque. Mais on ne peut invoquer dans la plupart des cas aucune infection externe, les ganglions de la région inguinale ne sont ni gros ni douloureux, l'in-

duration des tissus ne ressemble pas à l'empâtement de la lymphangite et les nodosités de la périphérie permettent de rattacher la lésion à l'appareil veineux.

Nous devons maintenant examiner un certain nombre de lésions consécutives quelquefois, elles aussi, aux phlébites, plus souvent aux varices et parmi lesquelles, pensons-nous, les cas de périphlébite en plaques ont dû être assez souvent rangés à cause de l'apparence également scléreuse, à cause de l'analogie du terrain, à cause de la coïncidence fréquente des varices et, par suite, de leurs complications ordinaires, avec l'accident que nous étudions.

Les divers troubles causés par les reliquats des phlébites et par les varices ont souvent pour résultat final des transformations scléreuses du tégument. « De ces dermites chroniques scléreuses, fréquentes chez les vieux variqueux, surtout chez ceux que des poussées eczémateuses et des lésions ulcéreuses ont exposés à l'infection streptococcique, on connaît bien deux types : un type atrophique amincissant un segment de membre et le transformant en une sorte de fuseau et un type hypertrophique plus fréquent, surtout dans la clientèle hospitalière, occupant une étendue plus considérable du membre, s'accompagnant d'hyperplasie papillaire et constituant la forme la plus fréquente de l'éléphantiasis nostras » (Thibierge).

L'une et l'autre de ces formes et leurs intermédiaires ont des caractères communs : « les lésions

peuvent être plus ou moins étendues mais toujours elles sont diffuses et toujours ou presque toujours elles occupent sur le segment du membre intéressé la totalité de sa circonférence ; ce sont essentiellement des scléroses annulaires ou cylindriques » (Thibierge) ; de plus, ces lésions sont définitives, les altérations de la peau sont trop profondes pour pouvoir se réparer.

Ces caractères permettent déjà, dans les cas simples, ne pas prendre la périphlébite en plaques pour un mode de début de ces lésions diffuses atrophiées ou hypertrophiques :

La périphlébite en plaques est circonscrite.

Elle s'établit presque toujours, sans qu'on puisse invoquer une affection venue du dehors, sans solution de continuité des téguments.

L'état scléreux de la peau, qui l'accompagne, n'est pas définitif, au moins pendant longtemps et disparaît par le traitement.

Mais la coïncidence possible des lésions vulgaires dues aux varices peut être une cause d'erreur. La présence de nodosités au pourtour de la plaque, l'infiltration de l'hypoderme au delà de la plaque cutanée, le siège de cette plaque, aideront au diagnostic.

A côté de cette sclérose diffuse dont il vient d'être parlé ou indépendamment d'elle, on trouve quelquefois sur les membres variqueux ou phlébitiques des lésions circonscrites qui peuvent prêter à confusion.

« Il y a souvent, à la suite de l'*eczéma variqueux* une pigmentation, une infiltration et une induration de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. La peau est privée de poils, lardacée, dure, impossible à plisser, immobile sur les plans profonds, ne donnant pas de godet à la pression, couleur jambon fumé ou rouge vineux » (Broca thèse Paris 1886). Cet état rappelle beaucoup ce qu'on trouve dans certaines de nos observations ; le diagnostic peut donc être assez délicat si les renseignements du malade laissent à désirer. Outre l'interrogatoire sur l'existence d'un ancien placard d'eczéma, on se basera donc sur la présence de nodosités, sur la topographie de l'infiltration, sur le siège de la plaque.

Dans l'observation III la plaque déprimée, même examinée de près, ressemble assez à une cicatrice et si la malade n'affirmait pas n'avoir jamais eu, à ce niveau, aucune solution de continuité de la peau, on croirait volontiers à une *cicatrice d'ulcère variqueux*, surtout étant donné le siège.

M. Aug. Broca insiste, dans sa thèse, sur certains troubles trophiques des membres variqueux consistant en « plaques bizarres d'une sorte de sclérodermie ». Il fait rentrer dans le même groupe l'observation II de son travail que nous avons reproduite ici, après M. Thibierge, comme exemple de périphlébite en plaques. Il nous semble qu'il y a lieu de séparer des lésions purement trophiques celles qui, probable-

ment, dépendent beaucoup plus du système veineux et dans lesquelles les troubles nerveux ne sont que consécutifs.

Tels sont les principaux accidents avec lesquels les plaques de périphlébite pourraient être confondues. Cette confusion a-t-elle été faite souvent ? Il est permis de le supposer puisque les cas de périphlébite en plaques ne semblent pas absolument rares et qu'on n'en trouve nulle part la description. Les exemples d'une lésion ne se multiplient que quand cette lésion commence à être bien connue.



CHAPITRE IV

Anatomie pathologique

Ce chapitre de l'anatomie pathologique sera forcément écourté par défaut d'autopsies et d'examens histologiques.

Nous pensons qu'il serait intéressant de constater quel est exactement dans la lésion qui nous occupe l'état des veines, de leur lumière, de leurs parois, du tissu cellulaire périveineux ; les artères et surtout les nerfs devraient être aussi examinés, il faudrait rechercher la névrite interstitielle dont sont souvent atteints les filets nerveux des membres phlébitiques ou variqueux et qui, dans le cas présent expliquerait peut-être une partie des phénomènes.

En attendant nous en sommes réduit aux hypothèses.

On peut jusqu'à un certain point affirmer la nature des nodosités qui entrent dans la constitution de la plaque :

A côté de la phlébite vulgaire à gros cordon dur

suivant le trajet d'une veine, on connaît des formes plus rares de phlébite ou plutôt de périphlébite localisée, survenant sur les veines variqueuses ou antérieurement thrombosées et se caractérisant par la présence de quelques nodosités arrondies ou allongées de dimensions variables.

Les nodosités qu'on constate à la périphérie des plaques pendant la période d'état de l'affection, à leur centre au moment de sa résolution ressemblent beaucoup, à la palpation, à celle de la périphlébite nodulaire disséminée dont il vient d'être parlé. Il est donc permis de supposer que, dans le cas particulier qui nous occupe, de semblables nodosités sont réunies en grand nombre sur des veines voisines, de manière à former une plaque irrégulière, bosselée, telle en un mot qu'on la trouve hors des poussées aiguës.

Cé qui confirme encore cette manière de voir, c'est que, assez souvent, on perçoit des nodosités de périphlébite nodulaire disséminées au voisinage des plaques, le plus souvent le long des cordons veineux indurés aboutissant à ces plaques.

A côté des nodosités nous ne pouvons constater que l'induration des plaques pendant les poussées.

On trouve presque toujours des lésions associées : varices, placards d'eczéma, quelquefois œdème vulgaire du membre ou œdème éléphantiasique. Tout cela a peu de rapport avec la périphlébite en plaques.

CHAPITRE V

Pathogénie

Nous avons admis que la plaque à surface irrégulière, à contours sinueux telle, qu'on la constatait hors des poussées, était due à une agglomération, sur des veines voisines, de nombreuses nodosités de périphlébite nodulaire.

Cherchons maintenant à expliquer comment se forme la plaque lisse, indurée, dans laquelle les nodosités ne sont plus perceptibles, la plaque de la période d'état.

Il est probable que « les troubles locaux apportés à la circulation veineuse peuvent provoquer un œdème partiel de voisinage, qui relie les nodosités dans une gangue commune » (Thibierge) ; cela explique pourquoi, même quand la plaque est ramollie, les nodosités du centre ne sont jamais aussi nettes que celles de la périphérie ; mais les poussées ont toujours, au moins au début, des allures de phlegmasie qui font tout d'abord penser à une action mi-

crobienne. Il serait intéressant de faire, dans les tissus indurés, des recherches à ce point de vue, mais, même sans ce contrôle, on peut admettre la présence, au milieu de ces nodosités de périphlébite chronique, de streptocoques vivant à l'état latent depuis la phlébite aiguë qu'ils ont provoquée. Ces streptocoques ont été recherchés et découverts dans les tissus périveineux indurés de la périphlébite chronique vulgaire, il n'y a pas de raison pour qu'ils n'existent pas dans cette forme particulière; Sabouraud (1) et Achalme ont toujours trouvé le streptocoque de Fehleisen dans les tissus chroniquement enflammés de l'éléphantiasis nostras.

Dans ces cas, on observe de temps en temps des poussées aiguës, dues au réveil de la virulence des streptocoques sous des influences diverses. La fatigue et la stase veineuse par grossesse, le traumatisme sont les causes qui ont produit chez nos malades des poussées semblables. Dans un cas (obs. I), il est permis de penser à une infection venue du dehors.

Ce réveil de virulence a pour résultat une migration de leucocytes et l'infiltration de la gangue cellulaire périveineuse qui, répétée un grand nombre de fois autour de nodosités très voisines, comble les intervalles et donne à la plaque, pendant la période d'état, son uniformité de surface.

(1) Sabouraud. Parasitologie d'éléphantiasis nostras. Annales de dermat., 1892, p. 592 et 629.

Il est vrai que l'état inflammatoire n'explique pas entièrement la dureté de la plaque, ni l'atrophie de la peau qui existe assez souvent. Ces phénomènes doivent probablement être rattachés à des troubles trophiques.

On serait tenté d'attribuer à des troubles trophiques l'existence même de la plaque : cela s'accorderait bien avec l'analogie de siège avec l'ulcère variqueux et avec certains eczémas considérés par beaucoup d'auteurs comme d'origine trophoneurotique, cela concorderait aussi avec la ressemblance avec la sclérodémie pour laquelle cette origine est indéniable. On expliquerait aussi plus facilement de cette façon, l'agglomération de nodosités en un point précis.

Malgré tout, nous conservons notre hypothèse d'origine veineuse à cause de la présence des nodosités, à cause de l'influence de la fatigue et des causes de stase veineuse sur l'apparition des poussées, à cause de l'influence du repos sur leur disparition. Mais nous admettons qu'indirectement, par suite de troubles apportées dans la nutrition des filets nerveux par la périphlébite même, il puisse se produire des lésions trophiques.

M. Quénu (1) a donné de ces troubles nerveux

(1) Quénu. — Névrite sciatique chez variqueux. Soc. de chir., t. XIV, p. 1301. Art. veines in traité de chirurg., Duplay-Reclus.

consécutifs aux lésions veineuses, phlébites et varices, les explications les plus admissibles ; il serait facile de supposer dans notre cas un mécanisme analogue.

On comprend ainsi pourquoi la plaque n'est pas toujours déprimée, pourquoi elle ne l'est jamais qu'après un certain temps, au moment où surviennent les lésions nerveuses.

En somme, dans la périphlébite en plaques, comme dans les autres complications des phlébites et des varices « la gêne circulatoire ne suffit à expliquer les accidents : l'irritation commence par le système veineux, elle se propage et se perpétue par le système nerveux (Vaquez).

Les artères doivent aussi, au moins dans certains cas, présenter des altérations.



CHAPITRE VII

Traitement

Nous ne dirons que quelques mots du traitement ; il semble être des plus simples et les indications thérapeutiques sont très restreintes.

Dans la plupart des cas, le simple repos horizontal, jambe élevée, a fait merveille. Sous son influence, l'infiltration a diminué rapidement de consistance et d'étendue et la peau a repris sa souplesse.

Les phénomènes inflammatoires sont parfois heureusement modifiés par l'usage des préparations à base d'ichtyol. Cette réserve faite, les pommades et autres topiques doivent la plupart du temps être évités, au moins lorsqu'ils contiennent un corps capable d'irriter la peau : il ne faut pas oublier que cette peau est très mal nourrie et, par suite, très prédisposée à l'eczéma et aux ulcérations. Chez la malade de l'observation VI, les onctions avec une « pommade grise » ne semblent pas étrangères à l'apparition d'un placard d'eczéma,

Cette contre-indication de certains médicaments montre l'importance d'un diagnostic exact d'avec quelques lésions inflammatoires dans le traitement desquelles, les applications irritantes sont souvent mises en usage.

Une fois la poussée passée, le malade devra éviter autant que possible les longues stations debout, cause la plus ordinaire des rechutes et de la tendance de la chronicité dans certaines professions. La même remarque s'applique d'ailleurs à toutes les complications des varices et des phlébites.

Les malades se trouveront bien aussi du port d'un bas élastique, surtout lorsqu'ils auront des varices, cas le plus ordinaire. Ce bas rendra plus particulièrement service aux personnes qui ne peuvent se dispenser de la station verticale habituelle.

On pourra ajouter à ce traitement local de la lésion un traitement général des varices par les diverses médications proposées ; on donnera par exemple les iodures, l'*hamamelis virginica*.



Conclusions

I. — On peut trouver, sur les membres ayant été atteints de phlébite, des plaques circonscrites, d'apparence scléreuse, n'ayant rien de commun avec des lésions scléreuses diffuses des membres phlébitiques ou variqueux et dont on ne trouve la description que dans une communication ici rapportée.

II. Leur siège, presque invariable, est le tiers inférieur de la jambe, face interne. Elles peuvent avoir des colorations variées et leur surface est quelquefois déprimée. Elles donnent un godet sous une pression énergique, à la façon des œdèmes durs.

III. — L'aspect scléreux de ces plaques peut parfois les faire prendre, à première vue, pour des plaques de sclérodermie, mais elles en diffèrent essentiellement en ce que, à leur niveau, l'hypoderme est le siège d'une infiltration dure, semblable à celle de la plaque elle-même, *mais qui dépasse en tous sens les limites de cette plaque cutanée.*

IV. — La lésion semble d'origine ~~veineuse~~ : On constate à la périphérie des plaques à la période d'état de l'affection, à leur centre au moment de sa résolution, des nodosités dures qui ressemblent beaucoup à celles de certaines périphlébites en noyaux disséminés, fréquentes chez les variqueux. On peut donc supposer qu'ici ces nodosités sont confluentes, agglomé-

rées en un large placard. C'est là ce qui fait la particularité de la lésion étudiée : les phénomènes inflammatoires au niveau du placard donnent une infiltration en plaque.

V. — Les poussées inflammatoires doivent être attribuées au réveil de la virulence de microbes vivant à l'état latent dans le tissu périveineux depuis l'ancienne phlébite et redevenus virulents sous l'influence d'une cause telle que fatigue, traumatisme.

VI. — L'état sclérodermique prononcé du centre de la plaque et la dépression que l'on constate quelquefois au niveau de cette plaque s'expliquent difficilement par simple lésion veineuse mais peuvent être attribués à des troubles trophiques dus à la lésion des nerfs qui accompagnent les veines atteintes de périphlébite.

VII. — Le traitement consiste dans le repos horizontal jambe élevée, applications de préparations à l'ichtyol quand les phénomènes inflammatoires sont prononcés et bas élastiques quand il y a des varices.

Vu :

Le Président de la Thèse,
C. POTAIN.

Vu le doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ball. — Art. sclérodermie in dict. des sc. méd.

Bazin. — Art. cheloïde in dict. des sc. méd.

Beron. — Troubles trophiques de la peau. Derm. Zeit
1897, IV, 5.

Besnier. — Obs. pour servir à hist. des dermatosclé-
roses. Ann. de dermat, 1880.

Breschet. — Art. Phlébite in dict. en 21 vol.

Brissaud. — Pathogénie du processus scléroderm.
Presse méd. 1897.

Broca. — Art. elephantiasis in traité chir. Duplay-
Reclus. — Etudes sur phlébite variq. Rev. de chir. 1889. —
Etu de sur lésion des membres variqueux. Th. Paris 86.

Calavros. — Th. Paris 1873.

Clais. — Th. Paris 1881.

Collin. — Th. Paris 1886.

Cormier. — Th. Paris 1897.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'hist. pathol.

Damaschino — Altérat. anat. dans phlegmatia. Bul.
de soc. des hôp. 1880.

De Brun. — Th. Paris 83-84.

Delmont. — Th. Paris 1869.

Viancin

Delore et Poulet. — Art. phlegmatia in dict. encycl. des sc. méd.

Delporte. — Th. Paris 1887.

Doleris. — Th. Paris 1880.

Dorpat. — Th. Paris 1887.

Duhring. — The american jour. of the med. sc. 1892.

Erasmus Wilson. — On diseases of the skin London 1867.

Faure (J.-L). — Art. elephantiasis in trait. chir. Le Dentu.

Follet. — Pathogénie de quelques états variq. Th. Paris 1895.

Fontaine. — Th. Paris 1879.

Gafé. — Th. Paris 1873.

Gardine. — Phlegmat. alb. Glasgow med. j. nov. 97.

Gaucher et Barbe. — Articles Sclérodémie, Erythème induré in traité de méd. Brouardel-Gilbert.

Gilson. — Art. ulcère. Dict. Jaccoud 1885.

Hardford. — Phlébite hyperplasique. London clin. soc. 13 nov. 93.

Hallopeau. — Morphée. Soc. de dermat. 12 janv. et 9 fév. 93.

Hilton Fagge. — Guy's Hospital Reports 1867.

Horteloup. — Sclérodémie Th. Paris 1865

Jeanselme. — Dermites et elephantiasis des membres variqueux. Th. Paris 87-88. Art. sclérodémie in manuel Debove-Achard.

Kaposi. — Traité des maladies de la peau.

Klippel. — Altérat. des nerfs périphériques dans œdèmes chroniques. Arch. de médec. juillet et août 1889.

- Lair.* — Th. Paris 85-86.
- Lancereaux.* — Traité d'anat. path. Veines.
- Legall.* — Th. Paris, 1885.
- Lejars.* — Leçons de chirurgie. Phlébites latentes chez les variqueux.
- Leloir.* — Th. Paris, 1882.
- Leonardi.* — Th. Paris, 1888.
- Leroy.* — Th. agrég., 1883.
- Letulle.* — Article sclérodémie, in dict. de méd. et chir. prat. — Anatomie pathol. du cœur et vaisseaux. Paris, 1897.
- Marinco.* — Th. Paris, 1894.
- Maritoux.* — Sclérod. en plaques. Th. Paris, 1885.
- Maydiou.* — Varices. Th. Paris, 1881.
- Meheux.* — Récidives des phlébiies. Th. Paris, 1883.
- Merry.* — Anat. pathol. de sclérodémie. Th. Paris, 1888-89.
- Oettinger.* — Traité de méd. Charcot-Bouchard, t. V, p. 421.
- Pauly.* — Th. Paris, 1897-98.
- Pautry.* — Th. Paris, 1883.
- Petteson.* — Eryth. induré scroful. Britan. jour. of dermat., nov. 1894.
- Quenu.* — Névrite sciatique chez variqueux. Soc. de chir., t. XIV, p. 1301. — Art. veines, in traité de chir. Duplay-Reclus.
- Quenu et Lejars.* — Etude sur système circul. Arch. de neurol., 1894, p. 69.
- Renaut.* — Art. dermatose, in dict. encycl., 1883.

Ranvier. — Comptes rend. d'acad. des sc., 20 décembre 1869.

Reclus. — Art. ulcère et peau, in traité chir. Duplay-Reclus.

Renaudin. — Th. Paris, 1894-95.

Rendu. — Bullet. de soc. med. des hôpitaux, 21 janv. 1891.

Rienzi. — Artères dans varices. Gior. inter des sc. méd., 1882.

Robineau. — Th. Paris, 1893.

Rochard. — Art. varices, in dict. encycl. des sc. méd.

Rosenthal. — Th. Paris, 1891-92.

Sabouraud. — Parasitologie d'éléphantiasis nostras. Annales de dermatologie, 92; p. 592 et 629.

Schreider. — Artères dans pathog. des complic. des varices. Th. Paris, 1883.

Sébileau. — Comment viennent les ulcères variq. Gaz. méd., février 97.

Sejournet. — Troubles de sensib. therm. dans ulcères variq. Th. 1877.

Thibierge. — Périphlébite en plaques. Bul. de soc. méd., 16 octobre 1893. — Erythème induré des jeunes filles Sem. méd., 25 déc. 95. — Art. sclérodémie, in traité de méd. Charcot-Bouchard.

Thibierge et Ravant. — Etude sur la lésion et la nature de l'érythème induré. Ann. de dermat., juin 99.

Troisier. — Th. d'agrég., 1890.

Vanderwilde. — Sclérodémie. Journ. de médec de Bruxelles, septembre 91.

Vaquez. — Evolution générale des phlébites. Société

anat., juin 92. — Troubles nerveux des phlébités. Gazette hebdomadaire, 13 août 92. — Cliniques médicales de Charité, 1894, p. 751.

Vaugirard. — Th. Paris, 1875.

Verneuil. — Difformités dans phlébités. C. rend. d'ac. des sc., mai 69, mars 90.

Vickman. — Nevrodermites. Soc. de dermat., 12 décembre 95.

Vinay. — Art. veines, in nouv. dict. de méd. et chir.

Widal. — Th. Paris, 1889.

